

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**PERSPECTIVA DO CLIENTE SOBRE PROCESSOS E
MECANISMOS DE MUDANÇA EM SOMATIC
EXPERIENCING®**

Vanda Carla Marques Igrejas

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde- Psicoterapia Cognitiva
Comportamental e Integrativa**

2019

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**PERSPECTIVA DO CLIENTE SOBRE PROCESSOS E
MECANISMOS DE MUDANÇA EM SOMATIC
EXPERIENCING®**

Vanda Carla Marques Igrejas

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Nuno Miguel Silva Conceição

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde- Psicoterapia Cognitiva
Comportamental e Integrativa**

2019

Resumo

Contextualização: Apesar dos estudos de eficácia das psicoterapias mais conhecidas no tratamento de trauma, nenhuma se destaca em termos de resultados, nem são adequadas a todo o tipo de casos. Das abordagens menos conhecidas, escolheu-se para este estudo a Somatic Experiencing® [SE®] pela base psicofisiológica que utiliza. Trata-se de uma abordagem integrativa corporal com pouca investigação, pretendendo este estudo caracterizar as componentes da mudança dos seus clientes e identificar eventuais factores específicos que auxiliem os processos de decisão do terapeuta integrativo.

Método: Foi realizado um estudo qualitativo, com base num questionário de resposta aberta, disponibilizado numa plataforma online, tendo-se analisado as respostas anónimas de 38 participantes à luz de uma adaptação da *Grounded Theory*.

Resultados: Foram extraídas duas categorias gerais: processos de mudança em sessão (do cliente e da terapia) e resultados intermédios ou mecanismos de mudança fora da sessão (do cliente). Em cada uma dela emergiram diversas subcategorias, destacando-se para os processos de mudança em sessão do cliente “Aperceber-se de mudanças na sensação e vontade sentidas”, para os processos de mudança em sessão da terapia “Promover a exploração da sensação sentida” e como mecanismos de mudança do cliente fora da sessão, o “Aumento da auto-regulação emocional”.

Conclusão: foi possível demonstrar pela voz dos clientes da abordagem SE® a importância da promoção da consciência corporal e da auto-regulação fisiológica e emocional como processos e mecanismos de mudança mais específicos desta abordagem, a par de outros menos específicos.

Palavras-chave: trauma; Somatic Experiencing®; perspectiva do cliente, processos de mudança, resultados intermédios

Abstract

Background: Despite studies of the efficacy of the most well-known psychotherapies for treating trauma, none stand out in terms of results, nor are they suitable for all cases. Of the lesser known approaches, Somatic Experiencing® [SE®] was chosen for this study because of the psychophysiological model it uses. This is an integrative body approach with small but growing body of research. The aim of this study is to characterize the change components of its clients and identify any specific factors that help the decision-making process of the integrative therapist.

Methods: A qualitative study was conducted based on an open-ended questionnaire, available on an online platform. Anonymous responses from 38 participants were analyzed in light of an adaptation of *Grounded Theory*.

Results: Two general categories were extracted: session (client and therapy) change processes and intermediate outcomes or out-session (client) change mechanisms. In each of them emerged several subcategories, highlighting the client's in-session change processes, “realizing changes in felt sensation and desire,” the in-session change processes of therapy, “promoting the exploration of felt sensation” and the “increased emotional self-regulation” as mechanisms for out-session client change.

Conclusion: It was possible to demonstrate by the verbal reports of SE® clients the efficacy of this approach in promoting body awareness and physiological and emotional self-regulation as change mechanisms of this approach, along with less specific ones

Keywords: trauma; Somatic Experiencing®; client's perspective; change processes; intermediate changes

Índice

Introdução.....	1
Revisão bibliográfica	1
Considerações sobre stress crónico e trauma	1
Apoio psicoterapêutico em casos de trauma e PSPT	3
Abordagens terapêuticas mais conhecidas	3
Outras abordagens a ganhar proeminência.....	4
Somatic Experiencing®	6
Investigação qualitativa sobre a perspectiva dos clientes em psicoterapia	8
Investigação sobre a perspectiva dos clientes das intervenções relacionadas com o trauma.....	9
Metodologia.....	10
Caracterização dos participantes.....	10
Procedimento para a recolha de dados	13
Procedimento da análise de dados	14
Resultados	16
Processos de mudança do cliente.....	16
Processos de mudança da terapia.....	19
Mecanismos de mudança do cliente.....	21
Discussão.....	23
Cumprimento dos padrões éticos.....	29
Agradecimentos	29
Referências bibliográficas	30
Anexos.....	43

Índice de Tabelas

Tabela 1. Dados demográficos dos participantes.....	11
Tabela 2. Perfil dos participantes como clientes SE®.....	12
Tabela 3. Subcategorias dos processos de mudança do cliente em sessão (por ordem decrescente de total de referências).....	17
Tabela 4. Subcategorias dos processos de mudança da terapia em sessão (por ordem decrescente de total de referências).....	19
Tabela 5. Subcategorias dos mecanismos de mudança do cliente fora da sessão (por ordem decrescente de total de referências).....	21

Índice de Figuras

Figura 1. Componentes de mudança encontradas nos clientes SE® deste estudo.....	23
---	----

Introdução

Atendendo à elevada prevalência de acontecimentos de vida traumáticos (Kessler et al., 2017), ao seu eventual impacto na vida dos indivíduos (American Psychiatric Association [APA], 2013; McFarlane, 2010) e ao peso comprovado para a economia (Koenen et al., 2017), é expectável que a psicoterapia continue a ter um papel crucial no seu tratamento, sendo importante aumentar o conhecimento acerca das novas abordagens psicoterapêuticas no apoio a casos relacionados com trauma.

Apesar da eficácia comprovada das abordagens psicoterapêuticas mais conhecidas, a variabilidade de sintomas e a especificidade de cada indivíduo pode dificultar a sua eficácia, revelando-se um desafio para as abordagens de escola única, pelo que qualquer contributo empírico que estimule a integração em psicoterapia com esta população é bem-vindo.

A perspectiva evolutiva do trauma (Baldwin, 2013), bem como o aumento do conhecimento da neurobiologia nesta área (Clausen et al., 2017) tem contribuído para que novas abordagens psicoterapêuticas surjam.

Considerando o papel activo do cliente em terapia (Bohart & Wade, 2013), acredita-se que o estudo da sua perspectiva sobre estas novas abordagens permitirá enriquecer e complementar a informação proveniente dos estudos de eficácia já existentes.

Revisão bibliográfica

Considerações sobre stress crónico e trauma

A ligação da experiência de situações traumáticas à doença mental é estudada desde o século XIX (Baldwin, 2013). O trauma faz parte da experiência humana e a maioria dos indivíduos não desenvolve uma perturbação mental porque os eventuais sintomas vão desaparecendo ao fim de alguns dias ou semanas (Fear, Bridges, Hatch, Hawkins, & Wessely, 2016).

Se não for assim, distinguem-se no DSM-5 (APA, 2013) cinco perturbações relacionadas com critérios de diagnóstico de exposição a uma situação traumática ou

stressante para as diferenciar de outras perturbações com eventuais sintomas semelhantes (e.g. perturbações de ansiedade, obsessivo-compulsivas e dissociativas, entre outras), visto as reacções e sofrimento psicológico daí resultante poderem ser muito variáveis (e.g. ansiedade, medo, sintomas disfóricos, zanga, agressividade, sintomas dissociativos).

Estas perturbações relacionadas com trauma são actualmente encaradas, não só numa perspectiva psicossocial, mas cada vez mais neurobiológica, salientando-se a perturbação de stress pós-traumático [PSPT] (Lanius, Bluhm, & Frewen, 2011). Resulta do confronto com um agente stressor extremo, ou seja, a exposição de alguma forma (e.g. vivência directa, testemunhar, escutar) a um episódio específico ou ameaça de morte, lesão grave e/ou violência sexual (APA, 2013).

Os seus sintomas podem perdurar a vida inteira, tendo sido esta perturbação uma das relevantes alterações efectuadas do DSM-IV para o DSM-5 (Friedman, Resick, Bryant, & Brewin, 2011), prevendo o seu actual diagnóstico a existência de quatro tipo de sintomas: intrusões (e.g. imagens intrusivas, sonhos/pesadelos, *flashbacks*); evitação (e.g. evitar circunstâncias semelhantes/associadas à situação traumática, pessoas e/ou situações); alterações negativas no humor e cognição (e.g. sensação de alienação das outras pessoas, afecto reduzido) e alterações no despertar ou reatividade (e.g., sobressalto exagerado, irritabilidade, dificuldade na concentração).

Na revisão bibliográfica de Kessler e colaboradores (2017) com vários estudos da Organização Mundial de Saúde entre 2001 e 2012, 70.4% dos participantes de 24 países ($n = 68,894$) referiram acontecimentos traumáticos na sua vida, tendo o valor em Portugal sido de 57,3% entre 2008 e 2009. No que respeita a PSPT, o estudo de Koenen e colaboradores (2017), com dados de 26 países da mesma organização e para o mesmo período ($n = 71,083$ adultos), encontraram variações significativas entre países, tendo sido a prevalência ao longo da vida para o total da amostra de 3,9% e de 5,6% para indivíduos com exposição a trauma. Para Portugal, a prevalência ao longo da vida foi de 5,3%.

Esta prevalência aumenta igualmente nas crianças e jovens expostos a eventos traumáticos (Alcorn, O'Donovan, Patrick, Creed, & Devilly, 2010), bem como em mulheres (Boyd et al., 2015) e veteranos (Fulton et al., 2015). O risco do desenvolvimento de PSPT poderá aumentar, não só para quem vivencia experiências

traumáticas, mas igualmente para quem as observa, como é o caso dos profissionais de saúde (Berger et al., 2011).

Apoio psicoterapêutico em casos de trauma e PSPT

Abordagens terapêuticas mais conhecidas

O tratamento dos sintomas relacionados com o trauma, assenta na psicoterapia, na medicação ou nas duas (Bisson, Cosgrove, Lewis, & Roberts, 2015). Quando se recorre somente à medicação, os sintomas podem reaparecer após terminar o tratamento, verificando-se contradições nas directrizes clínicas sobre qual deverá ser a forma de tratamento a priorizar na fase inicial dos sintomas (Lee et al., 2016).

No DSM anterior, Bradley, Greene, Russ, Dutra e Westen (2005) referiram a PSPT como uma das perturbações do eixo I onde a psicoterapia era mais aplicada. Em 2019, Hamblen e colaboradores realizaram uma revisão da metodologia e recomendações das cinco directrizes clínicas mais recentes (duas de organizações internacionais, como a APA e a ISTSS e as restantes de organizações nacionais de três continentes), baseadas em abordagens com eficácia comprovada por diversos estudos. As cinco recomendam fortemente as psicoterapias focadas no trauma (e.g. terapia de exposição prolongada, terapia de processamento cognitivo, terapia cognitiva-comportamental focada no trauma) e quatro das cinco recomendam fortemente a Dessensibilização e Reprocessamento através do Movimento Ocular (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* [EMDR]).

Outras abordagens são sugeridas nas directrizes clínicas destas cinco organizações, mas com recomendações moderadas ou fracas (e.g. terapia de exposição narrativa, terapia centrada no presente, treino de inoculação de stress, terapia psicodinâmica, treino de relaxamento, terapia de aceitação e compromisso). Atendendo à panóplia de abordagens, práticas e recomendações encontradas no tratamento de casos de trauma, algumas das orientações recomendam uma decisão partilhada entre o terapeuta e o cliente.

À semelhança de outros estudos realizados para a psicoterapia em geral, a meta-análise de Benish, Imel e Wampold (2008) sobre as abordagens mais conhecidas para o

tratamento da PSPT, identificou a presença do veredicto do pássaro Dodó (Luborsky et al., 2002), não surgindo uma abordagem que se destaque, apesar dos diversos estudos de eficácia.

Reconhecendo a existência de factores psicoterapêuticos transteóricos que conduzem à eficácia de várias abordagens no tratamento desta perturbação, Schnyder e colaboradores (2015) investigaram quais seriam, tendo identificado seis: psicoeducação; regulação emocional e competências de *coping*; exposição imaginária; processamento cognitivo, reestruturação e/ou produção de significado; emoções e processos de memória.

O estudo recomenda o desenvolvimento de tratamentos à medida das necessidades e especificidades dos diversos grupos de indivíduos, ou seja, para além das diferenças de idade, género e comorbilidade, o tipo de experiência traumática deverá ser tido em consideração, nomeadamente não só relativamente aos efeitos psicológicos, mas igualmente aos neurológicos.

Apesar dos estudos de eficácia das abordagens mais conhecidas, a meta-análise de Imel, Laska, Jakupcak e Simpson (2013) refere uma taxa média de desistência dos tratamentos de 18%, variando esta em função dos estudos seleccionados. Identificaram-se como preditores deste resultado a terapia em grupo e um número elevado de sessões, quando a terapia não era focada no trauma.

Perante estes desafios e o desenvolvimento das neurociências, bem como ao papel atribuído às emoções e ao sistema nervoso no tratamento do trauma (Porges, 2011), outras abordagens têm vindo a ganhar proeminência e procurado responder, caso a caso e momento a momento, às necessidades dos seus clientes (Cloitre, 2015).

Outras abordagens a ganhar proeminência

O *biofeedback* (Gevirtz & Dalenberg, 2008), *Focusing* (Gendlin, 1984), *Accelerated experiential-dynamic psychotherapy* (Fosha, 2002), terapia sensorio-motora (Ogden, Pain, & Fisher, 2006), *Observed & Experiential Integration* (Bradshaw, Cook, & McDonald, 2011), *Time Perspective Therapy* (Sword, Sword, Brunskill, & Zimbardo, 2014), *Mindfulness* (Lang, 2017) e *Somatic Experiencing*® [SE®] (Levine, 1997) são

exemplos de abordagens psicoterapêuticas a ganhar proeminência nos casos relacionados com trauma.

Destaca-se esta última pela sua conceptualização neurofisiológica do trauma e a forma como considera que as respostas pós-traumáticas permanecem no corpo. Algumas das abordagens mais conhecidas levam em consideração as respostas biológicas dos indivíduos (e.g. medo) nas intervenções realizadas com trauma, mas enfatizando somente a questão da desregulação cognitiva e/ou emocional e não propriamente o sistema nervoso.

Ao nível neurobiológico, Damásio (1999) considera que as emoções são influenciadas pelo cérebro e pelo corpo, acompanhando a consciência do *self* as diversas experiências que o cérebro vai tendo no contacto com o mundo. A ligação do corpo à doença mental há muito que é abordada (Aposhyan, 2004), existindo actualmente diversas formas de terapia corporal. Todas consideram a mente-corpo como uma unidade, levando todos os elementos psicofisiológicos em consideração (Aposhyan, 2004).

Assumindo a tríade mente-emoções-corpo, as terapias corporais acreditam que ao trabalhar somente os aspectos cognitivos, a activação fisiológica poderá manter-se (e.g. sintomas como insónia, dificuldades de concentração), nomeadamente pelo cérebro não estar ainda dessensibilizado, podendo continuar a ser activado na presença de determinados estímulos (Van der Kolk, 2014).

Neste sentido, procuram o aumento de consciência dos processos psicológicos dos clientes, utilizando métodos de promoção da consciência corporal e do movimento, como complemento ou não aos aspectos cognitivos e emocionais (Aposhyan, 2004).

A conjugação desta consciência corporal com a terapia verbal promove o aumento da conexão corpo-mente (Rothschild, 2000), com vista a reduzir a possível dissociação dos indivíduos durante o sofrimento e a facilitar um processamento emocional, ajudando-os a integrar os diferentes aspectos da sua experiência traumática (Corrigan & Hull, 2015).

Estas abordagens *bottom-up* consideram ter menos interferência dos aspectos culturais, por estarem baseadas nas respostas biológicas dos indivíduos (Leitch, 2007) e promoverem a aprendizagem do cliente sobre as suas sensações corporais, com vista a

poder libertar emoções de forma adaptativa e a tolerar os sentimentos intensos que possam surgir (Solomon & Heide, 2005), abrindo-se oportunidades para o surgimento de novos significados para a sua experiência (Grabbe & Miller-Karas, 2017).

Somatic Experiencing®

A SE® é uma abordagem naturalista desenvolvida por Peter Levine (1977, 1997, 2010, 2015) desde a década de 70 para promover a resolução biofisiológica do stress crónico e/ou traumático, quer os indivíduos tenham ou não noção do impacto das experiências traumáticas ou do trauma vicariante no seu funcionamento. Sofreu especial influência do modelo do cérebro trino do neurocientista MacLean (1990) e da investigação de Porges (2011).

Do primeiro destaca-se a existência de três cérebros que se influenciam entre si, através de vias neuronais, estando as questões de sobrevivência sobretudo ligadas ao cérebro reptiliano. Da investigação de Porges (2011) salienta-se a importância dos processos subcorticais nas respostas às situações de stress e à sua teoria polivagal que explica a existência de três divisões do sistema nervoso autónomo.

A abordagem SE® parte da premissa que os seres humanos possuem uma capacidade geral para a sua auto-regulação, tal como se observa nos animais que possuem mecanismos inatos para regularizar e neutralizar os seus altos níveis de activação, cada vez que manifestam comportamentos defensivos para conseguir sobreviver (Levine, 1997). Considera que as situações de stress são normais durante a vida dos animais e humanos, conseguindo um sistema nervoso saudável descarregar rapidamente uma activação ocorrida, voltando a sentir de novo momentos de relaxamento e de conforto. Ao conseguir manter um intervalo funcional de resiliência, os indivíduos permanecem abertos à experiência e presentes nela, sem perderem a capacidade de poderem estar em alerta se for necessário (Levine, 1997, 2010).

Quando esta capacidade é afectada, os mecanismos de auto-regulação dos seres humanos ficam perturbados/reduzidos por inibições neo-corticais (devido aos processos da mente racional), impedindo as expressões fisiológicas do corpo que permitem a descarga da activação nervosa intensa ocorrida nos momentos de perigo e/ou stress. Esta activação não regulada do sistema nervoso autónomo fica “presa” no sistema

nervoso central e neuromuscular, podendo esta contenção causar diversos tipos de sintomas à posteriori, devido ao nível de stress sentido pelo indivíduo ter sido superior à sua capacidade de adaptação (Levine, 1997, 2010).

Por esta razão, Levine (1997) refere que não são as situações que causam o trauma, mas sim a forma como o indivíduo as percebe e vive, resultando o trauma da forma como o sistema nervoso geriu a situação e não propriamente da situação em si. Neste sentido, não pode ser abordado como um condicionamento (abordagem cognitiva-comportamental), mas pelo nível de desorganização fisiológica ocorrida.

Tal pode ocorrer, tanto pela activação não regulada do ramo simpático do sistema nervoso autónomo, como do parassimpático ou até dos dois. As respostas defensivas ou de congelamento por parte dos indivíduos podem ocorrer e permanecer, mesmo na ausência de uma ameaça real, como se existisse um movimento interrompido, ficando as forças ligadas ao instinto de sobrevivência constantemente preparadas para se manifestarem, mesmo na ausência de um alvo específico.

A partir do estudo multidisciplinar da etologia, biologia, fisiologia do stress, psicologia, neurociência e biofísica, Levine defende que as referidas inibições podem ser resolvidas pela sua abordagem psicoterapêutica integrativa assente na experiência interoceptiva (sensações corporais internas) e proprioceptiva (equilíbrio e orientação). Tal baseia-se na existência da integração do sistema nervoso autónomo com o somático e na evidência de uma rede de resposta básica (RRB), composta por quatro estruturas sub-corticais fortemente interligadas: o sistema límbico, o sistema nervoso autónomo, o sistema motor emocional e o sistema de activação reticular (cf. Payne, Levine, & Crane-Godreau, 2015).

Considerando o corpo humano um repositório de experiências que impactam na fisiologia, podendo alterar a forma do indivíduo perceber o mundo, reagir com ele e estabelecer as relações intrapessoais e interpessoais (Levine, 1997, 2010), a SE[®] recorre essencialmente a uma abordagem *bottom up*, com vista a aumentar a consciência interoceptiva e cinestésica. Pretende-se obter uma descarga da activação do sistema nervoso autónomo, desbloqueando a capacidade instintiva de cura do ser humano, através do restabelecimento do funcionamento óptimo da RRB que operava num modo disfuncional.

Investigação qualitativa sobre a perspectiva dos clientes em psicoterapia

A investigação da eficácia em psicoterapia tem reconhecido o papel activo do cliente (Bohart & Wade, 2013) e do peso das variáveis deste (Clarkin & Levy, 2004), verificando-se um crescente interesse em investigar a perspectiva dos clientes, quer quantitativamente, quer qualitativamente (Levitt, Pomerville, Surace, & Grabowski, 2017).

A investigação qualitativa tem conquistado cada vez mais o respeito dos cépticos, pela adequação ao estudo de diálogos intersubjectivos, por estar ligada ao contexto e não perder acesso às eventuais experiências menos frequentes dos clientes (Levitt, 2015). Ao recolher dados da experiência subjectiva destes, contribui para um maior conhecimento de como é que a terapia os está a apoiar, dos factores comuns nas diversas abordagens psicoterapêuticas e do desenvolvimento dos princípios de acção em psicoterapia, em especial, no que toca à tomada de decisão, momento a momento (Levitt, Pomerville, & Surace, 2016). Acresce ainda o melhor conhecimento das eventuais diferenças de perspectivas que os clientes e terapeutas possam ter acerca do que ocorre nas sessões (Timulak, 2007, 2010), bem como dos aspectos valorizados nos momentos significativos na sessão.

Alguns destes estudos dedicaram-se a investigar as experiências internas dos clientes em sessão, permitindo identificar, como por exemplo, os seus mecanismos de mudanças e os momentos críticos da sessão (Timulak & Keogh, 2017).

No entanto, existe ainda um parco conhecimento acerca destes mecanismos subjacentes à eficácia comprovada da psicoterapia (Kazdin, 2014), em particular nos casos de PSPT (Schnyder et al., 2015).

Em termos dos processos e mecanismos de mudança dos clientes destaca-se o trabalho de Doss (2004) pelo programa de investigação da mudança em psicoterapia assente em três componentes primários: os processos de mudança (da terapia e do cliente), mecanismos de mudança e resultados efectivos da terapia.

Incluem-se nos processos de mudança relacionados com a terapia todos os seus “ingredientes activos” (e.g. especificidades, técnicas, directizes e características do terapeuta que podem potenciar a mudança do cliente). Nos relativos aos clientes

encontram-se todas as suas experiências e/ou comportamentos considerados como uma resposta aos processos de mudança da terapia.

Os mecanismos de mudança surgem como o segundo componente, traduzindo-se em alterações nas características, competências ou capacidades do cliente que emergem ou vão crescendo devido ao processo terapêutico, não estando sob o controlo directo do terapeuta, mas podendo auxiliar o cliente a alcançar as melhorias desejadas.

O último componente refere-se aos resultados obtidos, esperando-se que inclua uma redução das queixas iniciais do cliente, mas igualmente outras possibilidades, como uma maior capacidade de resiliência e descoberta de novas capacidades.

Este tipo de investigação permite que os terapeutas aprendam através dos clientes, a delinear melhor os objectivos e estratégias de intervenção, a otimizar a mudança e a reduzir eventuais interferências que impeçam a sua eficácia, a identificar eventuais moderadores do tratamento (Kazdin, 2009), mas igualmente a identificar na psicoterapia integrativa, a adequação de uma determinada terapia a um determinado momento do processo terapêutico.

Outra vantagem destas investigações é que, em alguns estudos, os relatos dos clientes sobre os seus processos em terapia podem ser um bom preditor para o resultado da psicoterapia (Ekroll & Ronnestad, 2016).

Investigação sobre a perspectiva dos clientes das intervenções relacionadas com o trauma

Para além dos estudos relativos à eficácia destas intervenções, existem alguns no âmbito da investigação de factores e processos de mudança, nomeadamente numa abordagem integrativa psicodinâmica, cognitiva-comportamental e existencial (Mirdal, Ryding, & Essendrop, 2011) e num estudo com intervenções EMDR e CBT (Cotter, Meysner, & Lee, 2017).

Sobre SE[®], existem alguns estudos quantitativos: quatro sobre os resultados com intervenções breves em catástrofes (Leitch, 2007; Leitch & Miller-Karas, 2009; Leitch, Vanslyke, & Allen, 2009; Parker, Doctor, & Selvam, 2008), um sobre os resultados com intervenções breves no tratamento da dor de costas crónica e sintomas comórbidos de PSPT (Andersen, Lahav, Ellegaard, & Manniche, 2017), um sobre os resultados da

intervenção em casos de PSPT (Brom et al., 2017), um para resultados de um grupo terapêutico de clientes com efeitos biopsicossociais relacionados com identidade de género (Briggs, Hayes, & Changaris, 2018), um longitudinal sobre a saúde psicológica em estudantes de SE[®] (Winblad, Changaris, & Stein, 2018) e um sobre os resultados de um treino militar de resiliência parcialmente baseado em SE[®] (Stanley et al., 2011).

Existe ainda um estudo qualitativo sobre dor de costas crónica e sintomas de depressão, recorrendo aos apontamentos de terapeutas na abordagem *Gestalt* e SE[®] (Ellegaard & Pedersen, 2012), bem como alguns artigos com casos de estudo ou considerações/hipóteses teóricas sobre SE[®] (e.g. Heller & Heller, 2004; Hricko, 2011; Levine 2003; Payne, Levine, & Crane-Godreau, 2015).

SE[®] é uma abordagem inovadora com um crescente número de terapeutas em vários países e desconhece-se investigação sobre a perspectiva dos seus clientes acerca dos processos e mecanismos de mudança (Bohart & Wade, 2013). Este estudo escolheu uma metodologia qualitativa para caracterizar estes componentes da mudança em psicoterapia e identificar eventuais factores específicos desta abordagem que auxiliem os processos de decisão na prática da psicoterapia integrativa.

Ao privilegiar a compreensão dos fenómenos é uma metodologia particularmente adequada na investigação de novas áreas de conhecimento, sendo cada vez mais utilizada na investigação em psicoterapia (McLeod, 2013). Permite recolher dados como sentimentos, processos de pensamentos e emoções que são difíceis de extrair em outros métodos de investigação mais convencionais (Lutz & Knox, 2014), pretendendo-se enriquecer o conhecimento acerca das intervenções SE[®] recorrendo, à voz dos seus clientes.

Metodologia

Caracterização dos participantes

A investigação contou com um total de 38 participantes: 29 numa versão inglesa (21,1%), oito numa versão portuguesa (21,1%) e um numa versão francesa (2,6%), apresentando-se na Tabela 1 os seus dados biográficos.

Tabela 1

Dados demográficos dos participantes

Idade	Total (n= 38)	
M	50,8	
DP	9,9	
Mínima	31,0	
Máxima	69,0	
Categoria de Idade	Total (n= 38)	%
>=30 e <40	5	13,2%
>=40 e <50	13	34,2%
>=50 e <60	12	31,5%
>=60 e <70	8	21,1%
Género	Total (n= 38)	%
Feminino	34	89,5%
Masculino	4	10,5%
Raça	Total (n= 38)	%
Caucasiana	36	94,8%
Asiática	1	2,6%
Indiana	1	2,6%
Nacionalidade	Total (n= 38)	%
EUA	19	50,0%
Portugal	6	15,8%
Outros	13	34,2%
Escolaridade	Total (n= 38)	%
Bachalerato	4	10,5%
Doutoramento	5	13,2%
Licenciatura	26	68,5%
Liceu	1	2,6%
Mestrado	1	2,6%
Pós-graduação	1	2,6%

A tabela 2 resume o perfil dos participantes como clientes da abordagem SE[®].

Tabela 2

Perfil dos participantes como clientes SE[®]

Nº de sessões SE [®] (aprox.)	Total (n= 38)	%
5	1	2,6%
6	9	23,7%
7	7	18,4%
12	1	2,6%
1 e 3 anos	11	31,6%
3 e 5 anos	7	18,5%
6 meses a 1 ano	1	2,6%
Tipo de cliente	Total (n= 38)	%
Não é psicólogo nem terapeuta SE [®]	10	26,3%
É psicólogo ou terapeuta SE [®]	28	73,7%
Exposição a alguma situação traumática ao longo da vida (LEC-5)	Total (n= 646)*	%
Não se aplica	250	38,7%
Aconteceu-me	163	25,2%
Soube que aconteceu	127	19,7%
Vi acontecer	49	7,6%
Parte do meu trabalho	29	4,5%
Não tenho a certeza	28	4,3%
*total de respostas para os 38 participantes x 17 acontecimentos		
	Referências	
Outras terapias já experimentadas	(n= 68)	%
Cognitiva-comportamental	11	16,2%
Corporais	18	26,5%
Descrição inespecífica	13	19,1%
Integrativas	4	5,9%
Nenhuma	2	2,9%
Outras	11	16,2%
Psicodinâmicas	9	13,2%
	Referências	
Razões para ter procurado sessões SE [®]	(n= 79)	%
No âmbito da formação de SE [®]	4	5,1%
Sintomas emocionais e mentais	58	73,4%
Sintomas físicos	17	21,5%

Procedimento para a recolha de dados

Foi criado um questionário de autopreenchimento e anónimo, sem tempo limite para a sua conclusão e em três idiomas (português, inglês e francês), utilizando a plataforma *online Qualtrics*.^{XM}. Após a leitura do consentimento informado em cada idioma (ver anexo A em português), surgiam cinco questões de natureza demográfica (idade, sexo, nacionalidade, raça e nível de educação), uma acerca da duração como cliente na abordagem SE[®] e outra questionando se o participante era ou não psicólogo (a) e/ou terapeuta SE[®].

Seguia-se um bloco de sete perguntas abertas numeradas em cada idioma (ver anexo B em português), um instrumento de rastreio de experiências traumáticas e três questões complementares. Estas últimas tinham o intuito de conhecer quais os sintomas que levaram o participante a procurar sessões SE[®] e a sua experiência anterior com alguma abordagem psicoterapêutica. Por fim, questionava-se sobre a sua motivação para participar e como tinha sido essa experiência.

O bloco de perguntas foi adaptado de um guião semi-estruturado do Laboratório de Complementaridade Paradigmática da Faculdade de Psicologia da Faculdade de Lisboa [LCP-FPUL], com vista a recolher dados acerca dos fenómenos através de questões abertas (Rennie, Phillips, & Quartaro, 1988).

Tendo por base a concepção de mudança em psicoterapia de Doss (2004), este bloco foi desenvolvido pelo orientador desta dissertação, o Professor Nuno Conceição, no âmbito da investigação dos processos e mecanismos de mudança de clientes de outras abordagens, nomeadamente em Psicoterapia Dinâmica Experiencial Acelerada (Lucena, 2013) e na abordagem de terapia integrativa de *Zoltan Gross* (Simões, 2018).

As sete perguntas repartem-se por três áreas de interesse acerca de como é para o participante estar em sessões de psicoterapia, as mudanças observadas, o que mais valoriza, etc.

O instrumento de rastreio de experiências traumáticas utilizado foi a medida de autorelato LEC-5 - *Life Events Checklist* para o DSM-V (Weathers et al., 2013) na versão original em inglês e na versão portuguesa de Ferreira, Ribeiro, Santos e Maia (2016). Para a versão francesa recorreu-se a uma tradução da versão inglesa e posterior

retro-tradução, devido a não existir uma versão francesa validada (Denis, Rengade, & Bouvard, 2014).

Não se trata de um instrumento que avalia dimensões psicológicas, mas somente uma lista de acontecimentos de vida independentes, pretendendo avaliar através de 17 questões, a exposição a diferentes tipos de acontecimentos traumáticos e a forma como foram experienciados, recorrendo a uma escala tipo *Likert* de 6 pontos.

Todas as questões eram obrigatórias e o participante poderia desistir da sua participação, antes de pressionar o botão “enviar o questionário”. Atendendo às questões relacionadas com as sessões e mudanças apelarem a alguma reflexão, foi permitida a possibilidade do participante registar as suas respostas, à medida que lhe fosse conveniente, podendo terminar mais tarde a sua participação.

A recolha de informação decorreu de Janeiro a Junho de 2019, através do envio de um correio electrónico a todos os terapeutas e estudantes SE[®] em Portugal e aos publicitados no *website* da Somatic Experiencing[®] Trauma Institute, solicitando-lhes que divulgassem o estudo junto dos seus clientes e colegas.

No caso do Brasil e restantes países europeus com formação local de SE[®], foram enviadas solicitações às respectivas entidades responsáveis, apelando a que fosse divulgado o estudo junto dos seus alunos e terapeutas. Foram enviados no total 1.539 correios electrónicos e efectuados diversos contactos telefónicos para as referidas entidades, recordando o pedido de colaboração na divulgação do estudo.

Os clientes foram, por sua vez, convidados a participar de forma voluntária e anónima pelos seus terapeutas, através de correio electrónico ou presencialmente, sendo o único pré-requisito de participação terem recebido três ou mais sessões, com um terapeuta a seguir os princípios SE[®]. Os terapeutas poderiam participar também no estudo, caso ainda estivessem a receber sessões SE[®].

Procedimento da análise de dados

Identificou-se cada participante com o prefixo do idioma do questionário recebido: PT (português), EN (inglês) e FR (francês) e um número sequencial, código este indicado entre parêntesis nos excertos referidos aquando da apresentação dos resultados. Os dados foram analisados de forma independente pelo investigador e seu

orientador, recorrendo à adaptação de Rennie (2006; Rennie, Phillips, & Quartaro, 1988) do método *Grounded Theory* de Glaser e Strauss (1967). Escolheu-se este método por desejar-se conhecer o significado da perspectiva dos clientes SE[®], respeitando o contexto, usando uma base construtivista e assumindo que a organização dos relatos dos participantes em temas e categorias seria influenciada pela perspectiva dos investigadores.

Trata-se de um processo indutivo e interpretativo das experiências subjectivas dos participantes, procurando construir teoria em SE[®] através de dados empíricos, tentando conceptualizar as semelhanças detectadas entre eles. Recorreu-se ao sistema informático Nvivo (QSR International, 2012) na versão 12.1.1.256 para facilitar a organização da exploração e compreensão do significado dos textos analisados.

Após introduzir todos os excertos no programa foi realizada uma leitura minuciosa de todas as respostas de cada participante, para o investigador conhecer o seu estilo de resposta. Surgiram somente três frases que não foram elucidativas, nem foi possível entender o seu significado, tendo sido excluídas da análise. O restante material foi relido demoradamente várias vezes e, linha a linha, para tentar extrair uma unidade de significado (uma ideia), o mais pequena possível. Esta unidade foi encontrada numa palavra, outras vezes em algumas palavras e, em alguns casos, até em frases maiores devido ao tipo de excerto.

Da análise e comparação das diversas unidades de significado iam emergindo abstrações, denominadas de categorias e subcategorias, por semelhança de algumas unidades de significado, tendo-se aplicado a abordagem hermenêutica (Rennie, 2000; 2007) para a interpretação do texto, procurando ser o mais possível fiel à linguagem dos participantes.

À medida que eram lidas novas porções de texto, analisava-se se já existia uma categoria ou subcategoria homogénea adequada para as novas unidades de significado encontradas. Caso contrário, foram criadas novas, podendo a mesma unidade de significado estar contida em diversas categorias ou subcategorias. As que tinham poucas unidades de significado foram unidas ou integradas, sempre que possível, em outras subcategorias.

A confirmação de credibilidade destas interpretações (Elliott, Fischer, & Rennie, 1999) foi realizada de diversas formas para assegurar que a interpretação dos dados era consistente com a informação recolhida. Uma delas foi a revisão periódica do investigador às unidades de significado e categorias (Glaser & Strauss, 1967), seguindo-se a auditoria do orientador deste estudo (psicoterapeuta com mais de 10 anos de experiência).

Deu-se por terminada a primeira etapa da análise qualitativa somente quando ambos os investigadores retomaram a análise de todas as categorias e respectivas subcategorias, sem realizarem qualquer alteração. Foram igualmente deixados por analisar oito participantes para os analisar numa segunda etapa e testar a saturação teórica (Glaser & Strauss, 1967) anteriormente considerada como atingida ao 25º questionário. Não emergiram mais nenhuma subcategorias, nem categorias em nenhum nível hierárquico, sugerindo que a análise de dados estava clara e compreensível.

Resultados

As palavras por participante variaram entre 134 e 2.074 ($M = 593,9$, $DP = 429,8$), tendo sido consideradas na primeira etapa da análise duas categorias gerais: processos de mudança ocorridas em sessão (quer do cliente, quer da terapia) e os mecanismos de mudança identificados pelo cliente fora da sessão, ou seja, todas as mudanças identificadas/verificadas pelo cliente (pequenas ou grandes).

Processos de mudança do cliente

Foram identificadas dez subcategorias, totalizando 124 referências de 38 participantes, com a distribuição apresentada na Tabela 3.

Tabela 3

Subcategorias dos processos de mudança do cliente em sessão (por ordem decrescente de total de referências)

Processos de mudança do cliente em sessão	Nº de participantes	Nº de referências
Aperceber-se de mudanças na sensação e vontade sentidas	18	23
Aceder a <i>insights</i>	12	18
Auto-regulação emocional/ manter-se presente	9	18
Conseguir confiar no terapeuta	10	16
Aprender que o corpo transmite informação	9	10
Aprender a direccionar os processos mentais para o corpo	7	9
Dificuldades sentidas na relação com o terapeuta ou na abordagem terapêutica	8	9
Aprender a apreciar o trabalho mesmo sem entender cognitivamente	6	8
Desacelerar e abrandar o ritmo	7	7
Empoderamento	6	6

Na primeira subcategoria incluem-se dois processos: “Aperceber-se de mudanças na sensação” (20), que inclui oito referências sobre melhoria de sensações e “Aperceber-se de mudanças na vontade” (3). São exemplos de mudanças na sensação: “I enjoy the complexity of sensation, noticing subtle shifts, discharges or bracing” (EN23), “... I felt very aware of what was happening to me from a body sensation point of view” (EN19), “A 1ª vez que senti o ombro direito foi uma enorme alegria pois estive sempre dissociada do meu corpo” (PT7). Como exemplo de mudanças na vontade tem-se “impulso do corpo gatinhar e estranhei muito” (PT7).

“Aceder a insights” não possui subcategorias (“Insights about unconscious behaviors and bodily responses and how they connect to past experiences”(EN16), “I feel like an onion and every couple of sessions we identify another layer” (EN18), “the way I imagine I might have needed as an infant” e “insights offered from my interior” (EN20)).

“Auto-regulação emocional/manter-se presente” não possui subcategorias, tendo como exemplos: “A grande conquista e mudança deveu-se a ter restaurado em parte a minha capacidade de autoregular-me” (PT7), “Increased ability to notice and tolerate difficult emotion before accessing defensive strategy” (EN27) e “I have a lot more stability in my system. I am less overwhelmed in general. More able to stay connected to myself without fragmenting” (EN24).

Relativamente à subcategoria “Conseguir confiar no terapeuta” surgiram testemunhos como, por exemplo, “I began to feel increasingly reliant on my SEP to contain me” (EN9) e “Confiar no terapeuta e ter empatia é o que permite a entrega” (PT1).

Consideram-se bons exemplos do conteúdo da subcategoria “Aprender que o corpo transmite informação” os excertos: “By physically supporting my body I've been able to release "energy" I have stored for years (EN18)” e “Aos poucos fui-me dando conta que podia escutar o meu corpo e que ele tinha emoções e sensações” (PT7).

Da subcategoria “Aprender a direccionar os processos mentais para o corpo” (9), escolheram-se os excertos “Focused on bringing my critical/Inner Critic thoughts down into my belly which allowed it to dissipate and I felt more grounded and softer” (EN8) e “Capacidade de sustentar o contacto com o corpo, de voltar ao corpo face ao fluxo de pensamentos ou emoção” (PT6).

A existência de algum tipo de dificuldade foi mencionada somente em oito participantes, num total de nove referências. Cinco destas dificuldades estão de alguma forma ligada à percepção da competência e empatia do terapeuta (e.g. “feeling that the practitioner is overwhelmed and tries to hied it” (EN14)), duas referem-se a ambivalência ou à pressão colocada pelo cliente (“are points when I have the feeling something should happen and I feel that I am somehow stuck or when I am asked at the beginning whether I have a special topic and I don't really seem to have one” (EN15)), uma devido à distância e agenda superlotada do terapeuta e outra “Does not address the developmental, childhood relational issues as much as some other theories” (EN1).

Acerca da subcategoria “Aprender a apreciar o trabalho mesmo sem entender cognitivamente” obtiveram-se descrições como “Por vezes ficam perguntas de porquê assim, que a mente quer sempre compreender as razões, mas esta linguagem é diferente e eu tenho aprendido a aceitar esse facto” (PT2) e “Being a person who usually always analyzes very closely what other people do and how they do it, I find it very relaxing that in the SE[®] sessions I have the feeling that I do not have to do this” (EN15).

Em “Desacelerar e abrandar o ritmo” não existem subcategorias e encontra-se, por exemplo: “To slow down and take a breath and to really land” (EN28) e “It is expanding and slow down (EN13)”.

Exemplifica-se a última subcategoria “Empoderamento” com dois excertos: “Aos poucos fui saindo das sessões com a sensação de poder, de tranquilidade nem que fosse por 3 segundos e fui sendo capaz de conectar-me com a minha” (PT7) e “Most significant was "being able to ask for what I need and receiving it" (EN23).

Processos de mudança da terapia

A Tabela 4 apresenta as seis subcategorias encontradas, num total de 38 participantes e 298 referências.

Tabela 4

Subcategorias dos processos de mudança da terapia em sessão (por ordem decrescente de total de referências)

Processos de mudança da terapia em sessão	Nº de participantes	Nº de referências
Promover a exploração da sensação sentida	35	123
Empatia/aceitação/calor humano	24	53
Promoção de ambiente calmo e seguro	18	42
Lentificar e dar espaço e tempo	19	32
Presença/ressonância	20	31
Psicoeducação	12	17

Esta subcategoria é muito rica, incluindo acções diversas do terapeuta: convite para o cliente explorar o que sente no corpo, apoiar ou tocar no corpo do cliente para ele observar as mudanças sentidas, ajudar a distinguir sensações de pensamentos e emoções, explorar e identificar recursos, entre outros. Exemplificando com excertos: “When she asks me to notice my body or the "in between" or rather the differntitation; jut noticing the discomfort and then the comfort” (EN12), “Continuing to bring things

back to home they affect the body is crucial for me” (EN16), “I continually appreciate the most is the somatic touch” (EN11).

A subcategoria “Empatia/aceitação/calor humano” é exemplificada com “A willingness to wait for me to have my experience” (EN10), “the feeling of being accepted helps me to get into contact with myself” (EN15), “A respect for the unspoken voice” (EN20).

Incluem-se na subcategoria “Promoção de ambiente calmo e seguro” sobretudo aspectos relacionados com calma, competência/experiência/intuição, capacidade e conter/acolher o que acontece: “I experience my practitioner as always keeping control over the situation” (EN15), “is the ability to create a safe environment for the client to slow down to notice what is happening in their Autonomic Nervous System” (EN17), “She’s able to read my nervous system and help me move through very difficult states slowly and safely.” (EN24).

Na subcategoria “Presença/ressonância” encontram-se relatos como: “best sessions have a sense of flow and rhythm--as if you're dancing together.”(EN17), “He seems to truly connect to my experience and to be really present with me” (EN27), “Sentir-me acompanhada nas experiências do aqui e agora no corpo - em termos de sensações e emoções” (PT1).

Relativamente à subcategoria “Lentificar e dar espaço e tempo” (32), consideram-se exemplos os excertos “taking the time it takes is to facilitate digesting the trauma symptoms” (EN1) e “I appreciate the slower pace of SE[®] more, as it can take me some time to process sensations/feelings/thoughts” (EN11).

Por último, foram extraídos como “Psicoeducação” as subcategorias “Explicações usando conceitos SE[®]” (e.g. “We can discuss individual steps and get explained where I am currently in my process” (EN13), “Started with reassurance and psycho ed on impact of trauma on brain and memory” (EN8)) e “Explicações usando auto-revelação” (e.g. “Holding my narrative with compassion and gently normalizing it by self disclosing her bodies' experience why I was sharing. This helps me tremendously” (EN17) e “I have also noticed over time that my SEP has allowed/shared more of her own somatic experiencing with me while we are working in the room” (EN9)).

Mecanismos de mudança do cliente

Foram identificados os oito mecanismos da Tabela 5, num total de 38 participantes e 340 referências.

Tabela 5

Subcategorias dos mecanismos de mudança do cliente fora da sessão (por ordem decrescente de total de referências)

Mecanismos de mudança do cliente	Nº de participantes	Nº de referências
Aumento da auto-regulação emocional	30	70
Melhoria das relações interpessoais	24	59
Aumento de vitalidade, abertura/bem-estar/felicidade/resiliência	25	49
Aumento da autoconfiança/empoderamento	24	43
Aumento da atenção ao corpo e sensações	21	40
Aumento da auto-regulação fisiológica	15	28
Melhoria dos sintomas físicos	14	27
Aumento da autoaceitação/autocompaixão/compreensão da sua história	14	24

A primeira subcategoria agrega mecanismos como o aumento da calma, melhoria na capacidade de autocontrole, aumento da capacidade de presença e aumento da capacidade de aceder aos recursos. Exemplificando: “More overall regulation. A system that is more regulated” (EN10), “More calm and less rattled by stressful situations.” (EN11), “The struggle to survive in me is softening and I notice that I am less frightened.” (EN13).

Na subcategoria “Melhoria das relações interpessoais” encontram-se mecanismos como o aumento da empatia, melhoria da comunicação, redução da ansiedade/medo em relação aos outros e aumento da tolerância. Escolheram-se como excertos: “I’m able to be present and aware in interactions with people and situations” (EN17), “My

relationship with my child has improved over time as I felt supported, heard and validated.” (EN18) e “I used to be terrified of rejection. That is virtually gone” (EN2).

Relativamente à subcategoria “Aumento de vitalidade, abertura/bem-estar/felicidade/resiliência” ela inclui o aumento do bem-estar e felicidade, da resiliência e o aparecimento de novas vontades. São exemplos: “I often feel more balanced and have the feeling of being more peaceful” (EN13), “Having a great sense of well being” (EN17), “Most remarkable has been the increased sensation of "belonging". I am more comfortable "being myself" in groups” (EN21).

Encontram-se inseridas no mecanismo “Aumento da autoconfiança/empoderamento” descrições como: “I get confidence in my intuition again.”(EN13), “I am more confident in the present and the future” (EN14), “I am more confident and direct” (EN18).

A subcategoria “Aumento da atenção ao corpo e sensações” emergiu por conter excertos como “I am aware when I am contracting and feeling tight in my chest and gut, and know how to relieve the tension through a few quick tools” (EN17) e “my ability to stay in my body and be aware of sensations and energy release. When we started, I couldn't even lay still on the table and keep my thoughts in the room” (EN18).

O mecanismo “Aumento da auto-regulação fisiológica” inclui aspectos como o aumento do autocuidado, aprender a auto-regular-se e a abrandar o ritmo, nomeadamente: “I feel sensations in my body and allow this to help guide my choices and decisions” (EN11), “We are better able to keep my body healthy == by listening to it and releasing the stress within” (EN18), “More able to feel and tolerate discomfort” (EN25).

O mecanismo “Melhoria dos sintomas físicos” foi mencionado por 14 participantes e inclui melhoria das dores, do sono, da articulações, do aumento geral da energia, da postura, da respiração, de problemas musculares, da capacidade de orientação e da visão.

Por último, relativamente à motivação para participar no estudo, 13 participantes indicaram “Gratidão pelo SE/dever cumprido” e 23 “Desejo de contribuir para a investigação do SE”. No que toca à experiência de participação, 13 referiram ter sido útil e 11 consideram a participação exigente.

Discussão

A prevalência dos efeitos físicos e psicológicos resultantes de experiências traumáticas ou de trauma vicariante, aliados à elevada comorbilidade com outras patologias mentais e físicas, tem contribuído para um maior interesse pelo estudo de abordagens psicoterapêuticas menos conhecidas e para a constatação da necessidade de intervenções economicamente mais eficientes (Baldwin, 2013; Kessler et al., 2009).

Os resultados qualitativos obtidos neste estudo permitiram a caracterização das duas componentes de mudança decorrentes da experiência dos participantes com a abordagem SE[®] (ver figura 1).

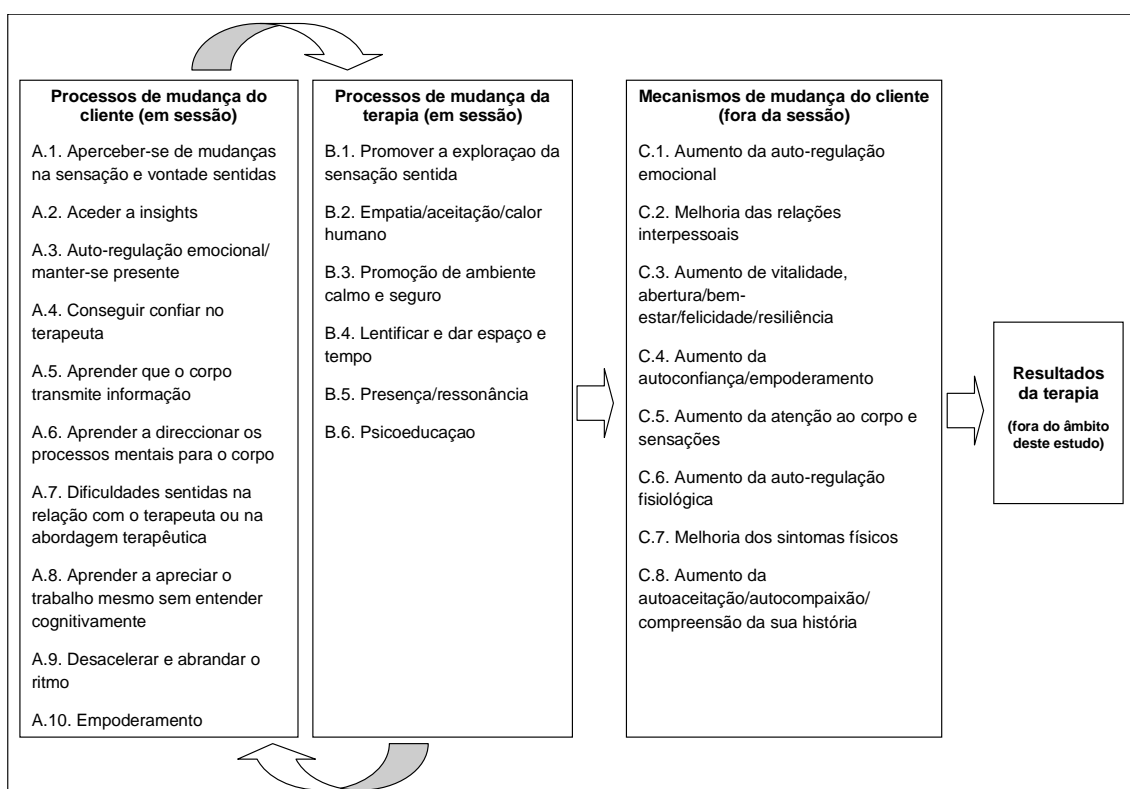


Figura 1. Componentes de mudança encontradas nos clientes SE[®] deste estudo

Os mecanismos de mudança do cliente contêm o maior número referências, seguindo-se os processos de mudança da terapia e por fim os processos de mudança do cliente, relevando que o que ocorre em sessão tem um impacto maior no quotidiano, existindo trabalho do terapeuta percebido pelo cliente.

Nos processos de mudança em sessão do cliente, metade das subcategorias encontram-se relacionadas com o corpo (ver figura 1: A.1, 5, 6, 8, 9). Nos processos de

mudança da terapia, só existem duas em seis subcategorias com esta ligação (ver figura 1: B.1 e 4), mas 41% das referências desta subcategoria encontram-se no processo ligado o corpo “Promover a exploração da sensação sentida”.

Estes dados reflectem a abordagem *bottom up* defendida pela SE[®], para que o equilíbrio do sistema nervoso seja restaurado e possa ocorrer a recuperação da vitalidade natural e do bem-estar (Payne, Levine, & Crane-Godreau, 2015).

Em contrapartida, dos oito mecanismos de mudança do cliente identificados, cinco encontram-se relacionados com aspectos psicológicos (ver figura 1: C.1, 2, 3, 4 e 8). Esta melhoria dos aspectos psicológicos é referida em todos os estudos de resultados SE[®] indicados na revisão bibliográfica e no estudo qualitativo referido. Em alguns, é especificado o aumento da resiliência (Briggs, Hayes, & Changaris, 2018; Leitch, Vanslyke, & Allen, 2009; Winblad, Changaris, & Stein, 2018), tal como no mecanismo C.3 da figura 1.

Relativamente aos sintomas físicos, alguns estudos referem a sua redução (e.g. Briggs, Hayes, & Changaris, 2018; Winblad, Changaris, & Stein, 2018), mas outros com intervenções breves não detectaram as melhorias esperadas (e.g. Andersen, Lahav, Ellegaard, & Manniche, 2017; Leitch, Vanslyke, & Allen, 2009).

Dos questionários analisados foi possível depreender que o processo de mudança do cliente “Aperceber-se de mudanças na sensação e vontade sentidas” é promovida pelo processo de mudança da terapia “Promover a exploração da sensação sentida”. Os clientes aprendem a redireccionar a atenção dos seus pensamentos para o corpo, descobrindo que ele transmite informação e reduzindo o eventual medo aquando de algum tipo de descarga fisiológica na sessão (e.g. tremores) (Andersen, Lahav, Ellegaard, & Manniche, 2017).

Este aumento da tolerância às sensações corporais contribui para que o cliente aprenda a confiar na sabedoria inata do seu corpo (Levine, 1997, 2010) e a distinguir o medo e/ou sofrimento resultantes da experiência traumática, das eventuais sensações agradáveis que poderão surgir na sessão, aprendendo a identificá-las como recursos (Ellegaard & Pedersen, 2012).

Estes recursos permitem que os clientes ganhem maior capacidade de presença, sem perder o controle (“Auto-regulação emocional/ manter-se presente”), sentindo-se mais autoconfiantes e empoderados, percebendo que possuem escolhas e ficando menos

impotentes face às situações stressantes/traumáticas, tanto em sessão como no quotidiano.

Esta maior observação das sensações corporais pode actuar como um mediador da auto-regulação emocional e do aumento do bem-estar e resiliência, tal como proposto pela perspectiva SE[®] que considera que o colocar a atenção nas sensações e emoções de cada momento da sessão facilita a auto-regulação, pelos efeitos provocados nas redes corticais e sub-corticais, (Levine, 2015; Payne, Levine, & Crane-Godreau, 2015).

As conquistas em sessão traduzem-se, também, nos processos de mudança do cliente “Aceder a insights” e “Conseguir confiar no terapeuta”, com o contributo dos processos de mudança em terapia “Empatia/aceitação/calor humano” e “Promoção de ambiente calmo e seguro”, sendo estes potenciados quando o cliente sente a existência de presença e/ou ressonância por parte do terapeuta.

Constatou-se, ainda, que os processo de mudança em terapia “Lentificar e dar espaço e tempo” e “Psicoeducação” contribuem para o processo de mudança do cliente “Desacelerar e abrandar o ritmo” e para o reconhecimento do seu papel activo na terapia.

Esta questão da lentificação permite aumentar a disponibilidade do cliente e diminuir o eventual medo de sentir o corpo, promovendo o aumento da sua consciência interoceptiva e proporcionando-lhe insights (Payne, Levine, & Crane-Godreau, 2015).

Considerando que os sintomas residuais após os tratamentos para o trauma e a vulnerabilidade a novas situações traumáticas (Schnyder et al., 2015) são actualmente um desafio para as abordagens mais conhecidas, os resultados obtidos neste estudo permitiram entender a possibilidade dos indivíduos acederem à sua capacidade inata de se curarem. Estando criadas as condições adequadas em termos de ambiente calmo e seguro e existindo confiança no terapeuta, o cliente fica mais receptivo a estar atento às suas sensações, podendo mesmo manifestar o processo “Aprender a apreciar o trabalho mesmo sem entender cognitivamente”.

A interacção dos processos de mudança do cliente na sessão com os da terapia traduzem-se nos bons resultados dos mecanismos de mudança do cliente foras sessões, não só em termos intrapessoais, mas também interpessoais. Curiosamente, a auto-regulação fisiológica não surge como um processo de mudança do cliente em sessão, mas somente como um mecanismo de mudança dos clientes fora das sessões, surgindo em sétimo lugar. Pelos relatos, considera-se que em sessão os clientes apercebem-se

mais facilmente do processo “Auto-regulação emocional/manter-se presente”, por ser mais saliente ou perceptível do que algumas mudanças no corpo.

Tratando-se de uma abordagem que não carece da verbalização da experiência traumática, nem é expositiva (Brom et al., 2017), os resultados obtidos neste estudo contribuem para uma maior valorização da promoção da consciência corporal dos clientes e da psicoeducação no que toca, por exemplo, à identificação dos recursos e a senti-los no corpo.

Os mecanismos encontrados de auto-regulação emocional e fisiológica poderão ser considerados mais específicos da abordagem SE[®]. Idem para o processo de mudança do cliente “Aperceber-se de mudanças na sensação e vontade sentidas” e para o processo de mudança da terapia “Promover a exploração da sensação sentida”, pelo destaque obtido neste estudo e pela ajuda contribuição para os processos do cliente em sessão.

À semelhança de outras abordagens, é reconhecida a importância da confiança no terapeuta nos resultados obtidos na sessão e terapia, mas o processo do cliente “Aprender a apreciar o trabalho mesmo sem entender cognitivamente” pode considerar-se mais específico da abordagem SE[®]. Ela é essencialmente fenomenológica, não lidando directamente com as cognições, como acontece com as abordagens cognitivas, nem sendo directiva, mas privilegiando o “aqui e o agora” (Brom et al., 2017), favorecendo o aumento da consciência corporal e dos estados emocionais.

Acontece o mesmo com os mecanismos de mudança “Aumento da auto-regulação emocional”, “Melhoria das relações interpessoais”, “Aumento da autoconfiança/empoderamento” e “Aumento vitalidade, abertura/bem-estar/felicidade/resiliência”. Apesar de poderem ser comuns a outras abordagens, os mecanismos deste estudo não foram promovidos recorrendo directamente às cognições ou a uma técnica específica em termos de processamento emocional, mas pelo aumento da consciência corporal, através da atenção plena e estruturada na experiência interoceptiva e proprioceptiva (Payne, Levine, & Crane-Godreau, 2015).

Analisando as dificuldades relatadas com o terapeuta ou com a abordagem, somente cinco das nove referências encontram-se relacionadas com a competência ou empatia do terapeuta, representando somente 4,0% do total das referências para a

subcategoria dos processos de mudança do cliente em sessão, o que indicia uma boa vinculação dos clientes com os seus terapeutas.

De referir que este processo, juntamente com “Aceder a insights” e “Conseguir confiar no terapeuta” são menos específicos em termos de abordagem, mas os restantes, sobretudo o “Aperceber-se das alterações sensações/melhorias e novas vontades”, “Aprender a apreciar o trabalho mesmo sem entender cognitivamente” e “Aprender a direccionar os processos mentais para o corpo”, são mais específicos das abordagens corporais.

Os processos de mudança da terapia “Psicoeducação”, “Promoção de ambiente calmo e seguro” e “Empatia/aceitação/calor humano” são menos específicos da SE[®] (Schnyder et al., 2015).

Estando a eficácia do tratamento de casos de trauma dependente de várias variáveis, como a heterogeniedade de sintomas, a natureza e complexidade do trauma, mas também das especificidades do cliente, os relatos analisados mostram a capacidade da SE[®] ir ao encontro destas especificidades, podendo intervir em clientes mais imagéticos ou não.

Esta preocupação em realizar intervenções à medida do cliente enquadra-se na crescente tendência de intervenções integrativas (Cook, Biyanova, Elhai, Schnurr, & Coyne, 2010), colocando-se como hipótese a SE[®] poder ser mais um ferramenta de apoio a ponderar pelo terapeuta no processo de decisão psicoterapêutico, momento a momento e cliente a cliente (Norcross & Goldfried, 2005), bem como em termos institucionais pelos resultados positivos obtidos da SE[®] com intervenções breves após catástrofes naturais (Leitch, 2007; Leitch, Vanslyke, & Allen, 2009; Parker, Doctor, & Selvam, 2008).

Forças e limitações

A investigação de uma abordagem *bottom-up* assente em princípios da psicologia evolutiva e da neurociência como é o caso da SE[®] vai ao encontro do crescente interesse desta área de investigação em psicoterapia (Baldwin, 2013), considerando-se que este estudo permitiu complementar os estudos já existentes sobre esta abordagem e criar conhecimento sobre a perspectiva dos seus clientes.

O estudo procurou conjugar a importância de investigar esta perspectiva pelo papel activo que o cliente desempenha na terapia, com a possibilidade de enriquecer a sua experiência durante a participação. Numa perspectiva de impacto da investigação, a utilidade do estudo percebida pelo participante vai o encontro do estudo realizado para a abordagem AEDP (Lucena, 2013).

Foi alcançado um número considerável de participantes, mas a sua idade ($M=50,8$, $DP=9,9$) e o facto de 26,5% da amostra ter experiência prévia com abordagens psicoterapêuticas corporais, poderá ter restringido a diversidade de experiências dos testemunhos recebidos.

Considera-se uma limitação significativa 73,7% dos participantes serem psicólogo(a) e/ou terapeuta SE[®]. Acredita-se que esta percentagem poderá resultar do esforço de divulgação junto dos estudantes SE[®] por terem sessões exclusivas desta abordagem e por diversos terapeutas integrativos terem rejeitado a divulgação do estudo junto dos seus clientes, por só aplicarem SE[®] em algumas sessões.

Sugestões para investigações futuras

À semelhança da recomendação de outros autores (e.g. Brom et al., 2017), este estudo revelou a necessidade de mais investigação acerca da abordagem SE[®], nomeadamente no aprofundamento do papel do processo de mudança da terapia “Promover a exploração da sensação sentida”. Perante a presença do veredicto do pássaro Dodó (Luborsky et al., 2002) no tratamento do trauma, importa conhecer se esta promoção do aumento da consciência corporal considerada fulcral pela SE[®], (Payne, Levine, & Crane-Godreau, 2015), deverá ser recomendada como prioritária nas intervenções integrativas. Esta necessidade é particularmente relevante nos casos difíceis, como os de maior sintomatologia e comorbilidade, ambicionando os terapeutas integrativos informação que os possa auxiliar na selecção da abordagem mais adequada (Cloitre, 2015).

Sugere-se igualmente que possa ser estudado se o referido processo de mudança da terapia e o impacto verificado nos processos e mecanismos de mudança do cliente torna a SE[®] uma abordagem particularmente adequada nas situações de catástrofes, tal

como referido em alguns estudos com intervenções breves (Leitch, 2007; Leitch, Vanslyke, & Allen, 2009; Parker, Doctor, & Selvam, 2008).

Atendendo ao mecanismo de mudança do cliente “Aumento da auto-regulação emocional”, recomenda-se o estudo do impacto da abordagem SE[®] com ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa. A prevalência encontrada de PSPT nesta população foi de 39% (Maia, McIntyre, Pereira, & Ribeiro, 2011), revelando-se uma oportunidade para contrastar com os resultados positivos encontrados no estudo de Brom e colaboradores (2017) de casos de PSPT em veteranos.

Por último, considera-se pertinente estudar a taxa de desistência das intervenções com SE[®]. Foi encontrado neste estudo o mecanismo de mudança do cliente “Melhoria dos sintomas físicos” e a meta-análise de Benish, Imel e Wampold (2008) refere a possibilidade das elevadas taxas encontradas em diversos estudos com diferentes abordagens estarem ligadas à alteração dos sintomas. Seria interessante estudar se existe alguma especificidade no caso da SE[®], em termos deste indicador e da sua eventual relação com alteração dos sintomas físicos.

Cumprimento dos padrões éticos

Conflito de interesses: a investigadora principal declara ser estudante do módulo avançado da formação Somatic Experiencing[®].

Aprovação do estudo: o projecto de investigação obteve a aprovação da Comissão Especializada de Deontologia do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Consentimento informado: foi disponibilizado na plataforma online antes do participante poder avançar para o preenchimento do questionário.

Agradecimentos

SE[®] Portugal e aos terapeutas de SE[®] Gina Ross, Liana Netto, Lourdes Lospitao Muchoz e Neal Winblad pelo apoio prestado na divulgação do estudo.

Referências bibliográficas

- Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creed, D., & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, 40(11), 1849–1859. doi:10.1017/s0033291709992224
- American Psychiatric Association (2013). Trauma- and Stressor-Related Disorders. In APA, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5th ed., pp. 265-290). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Andersen, T. E., Lahav, Y., Ellegaard, H., & Manniche, C. (2017). A randomized controlled trial of brief Somatic Experiencing for chronic low back pain and comorbid post-traumatic stress disorder symptoms. *Eur. J. Psychotraumatol.* 8:1331108. doi: 10.1080/20008198.2017.1331108
- Aposhyan, S. M. (2004). *Body-mind psychotherapy: Principles, techniques, and practical applications*. New York: Norton & Company.
- Baldwin, D. V. (2013). Primitive mechanisms of trauma response: an evolutionary perspective on trauma-related disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(8), 1549-1566. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.06.004
- Benish, S. G., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 746–758. doi:10.1016/j.cpr.2007.10.005
- Berger, W., Coutinho, E. S. F., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M. P., Neylan, T. C., ... Mendlowicz, M. V. (2011). Rescuers at risk: a systematic review and meta-

- regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PSPT in rescue workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 1001–1011. doi:10.1007/s00127-011-0408-2
- Bisson, J. I., Cosgrove, S., Lewis, C., & Roberts, N. P. (2015). Post-traumatic stress disorder. *BMJ*, 351. doi:10.1136/bmj.h6161
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The Client in Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 219-257). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Boyd, A., Van de Velde, S., Vilagut, G., de Graaf, R., O'Neill, S., Florescu, S., ... Kovess-Masfety, V. (2015). Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: Results from a large cross-sectional population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 173, 245–254. doi:10.1016/j.jad.2014.11.002
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.214
- Bradshaw, R. A., Cook, A., & McDonald, M. J. (2011). Observed & experiential integration (OEI): Discovery and development of a new set of trauma therapy techniques. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21(2), 104–171. doi:10.1037/a0023966
- Briggs, P. C., Hayes, S., & Changaris, M. (2018). *Somatic Experiencing® Informed Therapeutic Group for the Care and Treatment of Biopsychosocial Effects upon a Gender Diverse Identity*. *Frontiers in Psychiatry*, 9. doi:10.3389/fpsy.2018.00053

- Brom, D., Stokar, Y., Lawi, C., Nuriel-Porat, V., Ziv, Y., Lerner, K., & Ross, G. (2017). Somatic experiencing for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled outcome study. *Journal of traumatic stress*, 30(3), 304-312. doi: 10.1002/jts.22189
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 194-226). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Clausen, A. N., Francisco, A. J., Thelen, J., Bruce, J., Martin, L. E., McDowd, J., ... Aupperle, R. L. (2017). PTSD and cognitive symptoms relate to inhibition-related prefrontal activation and functional connectivity. *Depression and Anxiety*, 34(5), 427–436. doi:10.1002/da.22613
- Cloitre, M. (2015). The “one size fits all” approach to trauma treatment: should we be satisfied? *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27344. doi:10.3402/ejpt.v6.27344
- Cook, J. M., Biyanova, T., Elhai, J., Schnurr, P. P., & Coyne, J. C. (2010). What do psychotherapists really do in practice? An Internet study of over 2,000 practitioners. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(2), 260–267. doi:10.1037/a0019788
- Corrigan, F. M., & Hull, A. M. (2015). Recognition of the neurobiological insults imposed by complex trauma and the implications for psychotherapeutic interventions. *BJPsych Bulletin*, 39(2), 79–86. doi:10.1192/pb.bp.114.047134

- Cotter, P., Meysner, L., & Lee, C. W. (2017). Participant experiences of Eye Movement Desensitisation and Reprocessing vs. Cognitive Behavioural Therapy for grief: similarities and differences. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup6), 1375838. doi:10.1080/20008198.2017.1375838
- Damásio, A. (1999). Emotion and feeling. In A. Damásio (Ed), *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness* (pp. 35-81). New York: Harcourt Brace & Company.
- Denis, A., Rengade, C.-É., & Bouvard, M. (2014). Étude des antécédents traumatiques et de la comorbidité traumatique auprès d'un échantillon de soixante-neuf patientes anorexiques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 24(3), 98–105. doi:10.1016/j.jtcc.2014.05.003
- Doss, B. D. (2004). Changing the Way We Study Change in Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 368–386. doi:10.1093/clipsy.bph094
- Ekroll, V. B., & Rønnestad, M. H. (2016). Processes and changes experienced by clients during and after naturalistic good-outcome therapies conducted by experienced psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 27(4), 450–468. doi:10.1080/10503307.2015.1119326
- Ellegaard, H., & Pedersen, B. D. (2012). Stress is dominant in patients with depression and chronic low back pain. A qualitative study of psychotherapeutic interventions for patients with non-specific low back pain of 3–12 months' duration. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13(1). doi:10.1186/1471-2474-13-166
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 215–229. doi:10.1348/014466599162782

- Fear, N. T., Bridges, S., Hatch, S., Hawkins, V., & Wessely, S. (2016). Posttraumatic stress disorder. *Adult Psychiatr Morb Surv*, 2014, 1-25. Retirado de <https://pdfs.semanticscholar.org/5ca0/235d2e1d41407f0536f486498439ea8b13ac.pdf>
- Ferreira, R., Ribeiro, L., Correia-Santos, P., & Maia, A. (2016). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)* - Versão Portuguesa. Manuscrito em preparação.
- Fosha, D. (2002). The activation of affective change processes in AEDP (accelerated experiential-dynamic psychotherapy). In F. W. Kaslow & J. J. Magnavita (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy: Vol. 1. Psychodynamic/object relations* (pp. 309–344). New York: Wiley.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PSPT for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 750–769. doi:10.1002/da.20767
- Fulton, J. J., Calhoun, P. S., Wagner, H. R., Schry, A. R., Hair, L. P., Feeling, N., ... Beckham, J. C. (2015). The prevalence of posttraumatic stress disorder in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom (OEF/OIF) Veterans: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 98–107. doi:10.1016/j.janxdis.2015.02.003
- Gendlin, E. T. (1984). *Focusing* (Rev. Ed.). New York: Bantam Books.
- Gevirtz, R., & Dalenberg, C. (2008). Heart rate variability biofeedback in the treatment of trauma symptoms. *Biofeedback*, 36(1), 22-3. Retirado de <https://onpointneuro.com/wp-content/uploads/2018/07/HRV-Biofeedback-for-Trauma-Symptoms.pdf>

- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Grabbe, L., & Miller-Karas, E. (2017). The Trauma Resiliency Model: A “Bottom-Up” Intervention for Trauma Psychotherapy. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 24(1), 76–84. doi:10.1177/1078390317745133
- Hamblen, J. L., Norman, S. B., Sonis, J. H., Phelps, A. J., Bisson, J. I., Nunes, V. D., ... Schnurr, P. P. (2019). A guide to guidelines for the treatment of posttraumatic stress disorder in adults: an update. *Psychotherapy*, 56(3), 359. doi: 10.1037/pst0000231
- Heller, D. P., & Heller, L. (2004). Somatic experiencing in the treatment of automobile accident trauma. *US Assoc. Body Psychother. J.* 3,42–52.
- Hricko, C. A. (2011). Whole brain integration in the clinical application of Somatic Experiencing. *The USA Body Psychotherapy Journal Editorial, Volume 10, Number 1, 2011*. Retirado de <https://www.ibpj.org/issues/archive/Vol10No1%20USABP%20Journal%202011.pdf#page=24>
- Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M., & Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 394–404. doi:10.1037/a0031474
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 418–428. doi:10.1080/10503300802448899
- Kazdin, A. E. (2014). Moderators, mediators and mechanisms of change in psychotherapy Research. In W. Lutz & S. Knox (Eds), *Quantitative and*

qualitative methods in psychotherapy research (pp. 87-101). New York: Routledge.

- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., ... Florescu, S. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. doi: 10.1080/20008198.2017.1353383
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., ... Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260–2274. doi:10.1017/s0033291717000708
- Lang, A. J. (2017). Mindfulness in PTSD treatment. *Current Opinion in Psychology*, 14, 40-43. doi: 10.1016/j.copsyc.2016.10.005
- Lanius, R. A., Bluhm, R. L., & Frewen, P. A. (2011). How understanding the neurobiology of complex post-traumatic stress disorder can inform clinical practice: a social cognitive and affective neuroscience approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(5), 331–348. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01755.x
- Lee, D. J., Schnitzlein, C. W., Wolf, J. P., Vythilingam, M., Rasmusson, A. M., & Hoge, C. W. (2016). Psychotherapy Versus Pharmacotherapy For Posttraumatic Stress Disorder: Systemic Review And Meta-Analyses To Determine First-Line Treatments. *Depression and Anxiety*, 33(9), 792–806. doi:10.1002/da.22511

- Leitch, M. L. (2007). *Somatic Experiencing treatment with tsunami survivors in Thailand: Broadening the scope of early intervention*. *Traumatology*, 13(3), 11–20. doi:10.1177/1534765607305439
- Leitch, L. & Miller-Karas, E., (2009). A case for using biologically-based mental health intervention in post-earthquake China: evaluation of training in the trauma resiliency model. *Emergency Mental Health*, 11(4), 221-233.
- Leitch, M. L., Vanslyke, J., & Allen, M. (2009). Somatic Experiencing Treatment with Social Service Workers Following Hurricanes Katrina and Rita. *Social Work*, 54(1), 9–18. doi:10.1093/sw/54.1.9
- Levine, P.A. (1977). *Accumulated Stress, Reserve Capacity and Disease* (Dissertação de doutoramento). University of California, Berkeley.
- Levine, P. A. (1997). *Waking The Tiger: Healing Trauma: The Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Levine, P. A. (2003). Panic, biology and reason: giving the body its due. *US Assoc. Body Psychother. J.* 2,5–21.
- Levine, P. A. (2010). *In an Unspoken Voice: How The Body Releases Trauma and Restores Goodness*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Levine, P. A. (2015). *Trauma and memory: Brain and body in a search for the living past: A practical guide for understanding and working with traumatic memory*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Levitt, H. M. (2015). Qualitative psychotherapy research: The journey so far and future directions. *Psychotherapy*, 52(1), 31–37. doi:10.1037/a0037076

- Levitt, H. M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin*, 142(8), 801–830. doi:10.1037/bul0000057
- Levitt, H. M., Pomerville, A., Surace, F. I., & Grabowski, L. M. (2017). Metamethod study of qualitative psychotherapy research on clients' experiences: Review and recommendations. *Journal of counseling psychology*, 64(6), 626. doi: 10.1037/cou0000222
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., ... Krause, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well—mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12. doi: 10.1093/clipsy.9.1.2
- Lucena, B. (2013). *Perspetiva do paciente sobre processos e mecanismos de mudança em AEDP (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy)* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Lutz, W., & Knox, S. (2014). Quantitative and qualitative methods for psychotherapy research: introduction. In W. Lutz & S. Knox (Eds), *Quantitative and qualitative methods in psychotherapy research* (pp. 1-6). New York: Routledge.
- MacLean, P. D. (1990). *The triune brain in evolution: Role in paleocerebral functions*. New York: Plenum Press.
- Maia, Â., McIntyre, T., Pereira, M. G., & Ribeiro, E. (2011). War exposure and post-traumatic stress as predictors of Portuguese colonial war veterans' physical health. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(3), 309–325. doi:10.1080/10615806.2010.521238

- McFarlane, A. C. (2010). The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry*, 9(1), 3-10. doi:10.1002/j.2051-5545.2010.tb00254.x
- McLeod, J. (2013). Qualitative Research: Methods and Contributions. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 49-84). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Mirdal, G. M., Ryding, E., & Essendrop Sondej, M. (2011). Traumatized refugees, their therapists, and their interpreters: Three perspectives on psychological treatment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(4), 436–455. doi:10.1111/j.2044-8341.2011.02036.x
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.
- Ogden, P., Pain, C., & Fisher, J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 263–279.
- Parker, C., Doctor, R. M., & Selvam, R. (2008). Somatic therapy treatment effects with tsunami survivors. *Traumatology*, 14(3), 103–109. doi:10.1177/1534765608319080
- Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing: Using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, 6, 93. doi:10.3389/fpsyg.2015.00093
- Porges, S. W. (2011). *The Polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, self-regulation*. New York: Norton & company.

- QSR International. (2012). *NVivo qualitative data analysis software for Windows*. Doncaster: QSR International Pty Lt.
- Rennie, D. L. (2000). Grounded theory methodology as methodical hermeneutics: Reconciling realism and relativism. *Theory and Psychology*, 10, 481–501. doi:10.1177/0959354300104003
- Rennie, D. L. (2006). The grounded theory method: Application of a variant of its procedure of constant comparative analysis to psychotherapy research. In C. T. Fischer (Ed.), *Qualitative research: Instructional empirical studies* (pp. 59–78). New York, NY: Elsevier.
- Rennie, D. L. (2007). *Methodical hermeneutics and humanistic psychology*. *The Humanistic Psychologist*, 35(1), 1–14. doi:10.1080/08873260709336693
- Rennie, D. L., Phillips, J. R., & Quartaro, G. K. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology? *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 29(2), 139-150. doi: 10.1037/h0079765
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers. The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: W.W. Norton & Company.
- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P. R., Resick, P. A., ... Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 28186. doi:10.3402/ejpt.v6.28186
- Simões, M. S. B. C. (2018). *Daring to influence personality via Zoltan Gross' approach to psychotherapy: clients' perspective of change processes and mechanisms* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.

- Solomon, E. P., & Heide, K. M. (2005). *The Biology of Trauma. Journal of Interpersonal Violence, 20*(1), 51–60. doi:10.1177/0886260504268119
- Stanley, E. A., Schaldach, J. M., Kiyonaga, A., & Jha, A. P. (2011). Mindfulness-based mind fitness training: A case study of a high-stress predeployment military cohort. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(4), 566-576.
- Sword, R. M., Sword, R. K. M., Brunskill, S. R., & Zimbardo, P. G. (2014). Time Perspective Therapy: A New Time-Based Metaphor Therapy for PTSD. *Journal of Loss and Trauma, 19*(3), 197–201. doi:10.1080/15325024.2013.763632
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative metaanalysis metaanalysis. *Psychotherapy Research, 17*, 310–320. doi: 10.1080/10503300600608116
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83*, 421–447. doi: 10.1348/147608310X499404
- Timulak, L., & Keogh, D. (2017). *The client's perspective on (experiences of) psychotherapy: A practice friendly review. Journal of Clinical Psychology, 73*(11), 1556–1567. doi:10.1002/jclp.22532
- Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma*. New York: Penguin Group.
- Vasco, B., Conceição, N., Silva, A. N., Ferreira, J. F., & Vaz-Velho, C. (2018). O (Meta)Modelo de Complementaridade Paradigmática. In I. Leal (Ed.). *Psicoterapias* (pp. 339-357). Lisboa: Pactor.
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). The life events checklist for DSM-5 (LEC-5). Retirado de

https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp

Winblad, N. E., Changaris, M., & Stein, P. K. (2018). Effect of Somatic Experiencing resiliency-based trauma treatment training on quality of life and psychological health as potential markers of resilience in treating professionals. *Frontiers in Neuroscience*, 12, 70. doi:10.3389/fnins.2018.00070

Anexos

Anexo A

Consentimento Informado em Português

NA SUA VOZ: O CLIENTE DE SOMATIC EXPERIENCING® FALA E OS INVESTIGADORES OUVEM

Estudo Qualitativo sobre a Perspectiva do Cliente sobre Mudanças em Sessão e Mudanças no seu Quotidiano

Descrição do estudo: Está a ser convidado para participar num estudo sobre as perspectivas dos clientes de Somatic Experiencing® e de como são afectados por esta abordagem terapêutica, nomeadamente na forma como se sentem nas sessões com o seu terapeuta, os efeitos nas suas actividades do quotidiano e como lidam com os desafios da sua vida. Neste sentido, as questões neste estudo são sobre o que acontece na(s) sua(s) sessão(ões), bem como sobre o que acontece na sua vida fora das sessões. Quando ocorrem, como é que pequenas e grandes mudanças se desvendam? Quais as mudanças que podem ocorrer em sessão? Que tipos de mudanças podem ocorrer fora da sessão? Estamos interessados em saber a sua experiência e a sua perspectiva.

Seleção dos participantes: Os participantes neste estudo deverão estar actualmente em sessões de Somatic Experiencing® e ter mais de 3 sessões realizadas com um terapeuta que siga na sua prática os princípios da Somatic Experiencing®.

Procedimento da Pesquisa: Utiliza-se a plataforma on-line criada através do serviço Qualtrics. Após a recolha de informações demográfica básicas, surgirão 7 questões semi-estruturadas e 17 acerca de eventuais experiências traumáticas. O tempo de resposta ao questionário é de aproximadamente 30-45 minutos, dependendo do nível de detalhe das suas respostas. Quanto mais informação disponibilizar sobre a sua experiência, mais será possível conhecer sobre a Somatic Experiencing®, mas sinta-se livre para responder tanto quanto se sentir bem. No final do questionário será perguntado brevemente sobre a sua experiência anterior em psicoterapia ou abordagens psicoterapêuticas e sobre a sua experiência e motivação como participante nesta

investigação. O estudo é conduzido por Vanda Igrejas, Mestranda de Psicologia, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob supervisão de Nuno Conceição, Doutorado (Psicologia), Professor Assistente na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal. Para este estudo solicitou-se a colaboração da Somatic Experiencing® Portugal e de terapeutas Somatic Experiencing® nacionais e estrangeiros.

Riscos e Benefícios: Participar neste estudo pretende providenciar-lhe a oportunidade de reflectir sobre si mesmo, sobre o seu terapeuta, as suas sessões e o seu quotidiano. Este estudo espera trazer à luz as experiências e perspectivas sobre os processos de mudança que ocorrem não só em sessão, mas igualmente fora dela, no seu quotidiano. Os resultados encontrados poderão acrescentar à literatura emergente dados interessantes sobre as experiências dos clientes de Somatic Experiencing®, bem como ser utilizados para desenvolver outras pesquisas no âmbito da Somatic Experiencing® em particular, na forma de potenciar bons processos terapêuticos numa perspectiva integrativa. A participação neste estudo não envolve qualquer risco. Os participantes encontram em baixo os contactos dos investigadores, podendo contactá-los directamente se existirem dúvidas ou preocupações.

Confidencialidade: A participação é estritamente anónima e completamente voluntária. A protecção dos dados fornecidos será baseada em directrizes providenciadas pela Associação Americana de Psicologia (APA). O material utilizado para o formato online será desenvolvido num site seguro e confidencial especialmente criado para este estudo. Não terá que fornecer o seu nome em nenhum dos materiais de pesquisa e não haverá forma de relacionar a sua identidade pelas suas respostas. Caso decida desistir do questionário online antes de o ter terminado, todo o material adquirido até então será destruído.

Desistência do estudo: "Eu entendo que posso escolher desistir do estudo a qualquer altura sem consequências negativas".

Questões: "Eu entendo que se desejar futura informação relativamente aos meus direitos como participante do estudo, posso contactar a investigadora Vanda Igrejas, através do email vigrejas@hotmail.com".

Resultados: As respostas a este questionário constituirão parte dos dados para preencher os requisitos da dissertação da investigadora. Os resultados poderão ser eventualmente utilizados numa conferência local, nacional ou em publicações relevantes. Se concordar em participar, estará a concordar com este consentimento informado e irá preencher as suas respostas aqui em baixo, neste questionário online. Assim que chegar à última página do questionário aparecerá uma mensagem a dizer “FIM!”. O questionário estará completo assim que receber uma mensagem a dizer “A sua mensagem foi registada”. Informa-se que as questões do questionário deverão ser preenchidas todas na mesma altura, pelo que se não receber esta mensagem de "FIM" significa que as suas respostas serão perdidas caso não termine o preenchimento das questões indicadas como estando em falta. Caso prefira pensar e reflectir antecipadamente nas 7 questões semi-estruturadas antes das copiar para a plataforma, poderá criar um documento de texto (ex.word, notepad, etc) para registar ao longo dos dias as suas notas/experiências/reflexões. Quando sentir que já deseja avançar para o preenchimento on-line, bastará copiar as suas notas para a questão correspondente na plataforma on-line.

Agradecemos antecipadamente!

Anexo B

Guião Semi-Estruturado em Português

Processos & Mecanismos de Mudança

Processos de Mudança do Terapeuta & Paciente em sessão

Sessão/sessões mais recente/s: momentos específicos ou eventos da experiência em sessão

1/7. Em relação a si, descreva o que sobressai, ou o que foi significativo para si **na/s sessão/sessões mais recente/s**, e porquê.

Poderá responder simplesmente à pergunta acima, mas se precisar de ajuda, encontra em abaixo alguns exemplos em *itálico* do que gostaríamos de aprender com a sua resposta. Poderá escolher um ou vários, se lhe for útil.

Existiram momentos em que tenha notado em si, ou algo em si, a mudar? O que se viu a fazer, pensar ou a sentir de diferente? Como é que foi diferente do que era antes deste momento? Como foi para si? Porque razão é significativo? Como se desenrolou o processo? Como é que ocorreu a mudança? Como acha que contribuiu para que a mudança ocorresse? O que permitiu a mudança?

Sessões mais recentes: Momentos específicos ou Eventos da Experiência em sessão

2/7. Em relação ao seu terapeuta, descreva o que sobressai ou o que foi significativo para si, **na/s sessão/sessões mais recente/s**, e porquê.

Poderá responder simplesmente à pergunta acima, mas se precisar de ajuda, encontra em abaixo alguns exemplos em *itálico* do que gostaríamos de aprender com a sua resposta. Poderá escolher um ou vários, se lhe for útil.

Existiram momentos em que notou que estava a receber algo do seu terapeuta, que estivesse a ajudar? Como foi diferente de outras pessoas que tentam ajudá-lo(a)? O que ofereceu o seu terapeuta em termos de recursos, ferramentas, oportunidades ou alternativas que anteriormente estavam indisponíveis? Como conseguiu o seu terapeuta? Como foi para si? Que tipos de aspectos da parte do/a terapeuta criaram dificuldades, foram pouco úteis ou o/a desapontaram?

Todas as sessões até agora: aspectos gerais da experiência em sessão

3/7. Descreva os elementos mais notórios e frequentes do que faz ou experiêcia nas suas sessões de Somatic Experiencing®.

Poderá responder simplesmente à pergunta acima, mas se precisar de ajuda, encontra em abaixo alguns exemplos em itálico do que gostaríamos de aprender com a sua resposta. Poderá escolher um ou vários, se lhe for útil.

O que destacaria? Do que se lembra especialmente? Como é que lhe faz sentido o que faz em sessão? Como é para si? Tem uma teoria sobre como trabalha em sessão? O que considera mais cativante? Quais são os diferentes recursos da sua experiência em sessão ou do seu trabalho? Como explicaria a um amigo o que faz nas suas sessões? Existe alguma pergunta que não tenha sido feita, que considere ser útil para que se compreenda a sua experiência em sessão? Ou o seu trabalho em sessão?

Todas as sessões até agora: aspectos gerais da experiência em sessão

4/7. Descreva os elementos mais notórios e frequentes de como o seu terapeuta é, e o que faz nas suas sessões de Somatic Experiencing®.

Poderá responder simplesmente à pergunta acima, mas se precisar de ajuda, encontra em abaixo alguns exemplos em itálico do que gostaríamos de aprender com a sua resposta. Poderá escolher um ou vários, se lhe for útil.

O que destacaria? Do que se lembra especialmente? Como faz sentido para si o que o seu terapeuta faz frequentemente nas sessões? Como é que se sente? Tem alguma teoria sobre como é que o seu terapeuta trabalha em sessão? O que considera mais cativante? Quais são as características distintivas do que o seu terapeuta faz em sessão? Que coisas faz o seu terapeuta, que lhe pareçam estar a prejudicar, ser pouco úteis, que magoem ou que o desapontem? Como explicaria a um amigo o que o seu terapeuta faz em sessão? Existe alguma pergunta que não tenha sido feita, que considere ser útil para que se compreenda o que o seu terapeuta faz em sessão?

Mecanismos de mudança do Cliente no Quotidiano

Micro mudanças no quotidiano: emergência de novidades & nuances específicas

5/7. Descreva exemplos recentes de coisas pequenas (novas) que já tenha feito ou experienciado de forma (ligeiramente) diferente no seu quotidiano.

Poderá responder simplesmente à pergunta acima, mas se precisar de ajuda, encontra em abaixo alguns exemplos em itálico do que gostaríamos de aprender com a sua resposta. Poderá escolher um ou vários, se lhe for útil.

Quando, o quê e onde nota mudanças que algo estava ligeiramente diferente? O que faz, pensa ou sente de diferente? Como contribui para capacitá-lo? Nota mudanças subtis na forma como se relaciona com a sua experiência, com a experiência dos outros ou do mundo? Como experencia e como é que nota a mudança? De que forma é diferente do que era anteriormente? Como era antigamente e como é agora? Existe algo que queira mudar e percebe que ainda não é possível? Como experencia o processo de trazer

a mudança? Existiram factores que impedissem? Tem alguma ideia sobre o que ajuda estas mudanças a serem construídas?

Maiores mudanças no quotidiano: como está diferente?

6/7. Descreva, as mudanças maiores, se existirem, que tenha notado em si, no seu quotidiano, desde o início destas sessões de Somatic Experiencing®.

Poderá responder simplesmente à pergunta acima, mas se precisar de ajuda, encontra em abaixo alguns exemplos em itálico do que gostaríamos de aprender com a sua resposta. Poderá escolher um ou vários, se lhe for útil.

Quais são os blocos de construção da mudança que sente que leva para o seu quotidiano? Outras pessoas chamaram a sua atenção para aspectos específicos de mudança? O que consegue fazer agora, que anteriormente não se sentia capaz? Como contribui para permitir essa mudança? Sente-se 'equipado' para lidar com os desafios diários? Que novas possibilidades, pontos fortes ou recursos aplica no seu quotidiano? Sentiu alguma mudança, no seu self, no seu desenvolvimento psicológico? Sente certas mudanças a serem construídas em cima de outras? Algumas das mudanças ocorridas estão relacionadas? Se sim, como? Tem uma teoria sobre o que ajudaria a consolidar estas mudanças?

Uso da abordagem terapêutica: como é que a Somatic Experiencing® o/a influencia, e como é que você influencia a Somatic Experiencing®

7/7. Descreva, da forma mais específica que conseguir, como é que relaciona o que acontece dentro das sessões de Somatic Experiencing®, com o que experiencia fora das sessões, no seu quotidiano.

Poderá responder simplesmente à pergunta acima, mas se precisar de ajuda, encontra em abaixo alguns exemplos em itálico do que gostaríamos de aprender com a sua resposta. Poderá escolher um ou vários, se lhe for útil.

Para além das sessões de Somatic Experiencing®, o que sente que contribuiu, ou tem vindo a contribuir, para as mudanças no seu quotidiano? Vê alguma relação entre o seu trabalho em terapia e as suas realizações diárias? De que forma vê as suas sessões, o seu terapeuta ou o trabalho feito em sessões como útil? Que pontos fortes pensa que o/a ajudaram a fazer um melhor uso das suas sessões de Somatic Experiencing®? Que estratégias, se existiram, utiliza para tirar máximo proveito destas sessões? Sente que contribui para tornar o seu terapeuta, um melhor terapeuta para si? Sente que há algo a faltar nestas sessões? O que faria ou teria feito, as suas sessões mais eficazes ou úteis?